

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 60.

LES
HERNIES DE LA TROMPE UTÉRINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 mars 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marius MONTAGARD

Né à Caumont-sur-Durance (Vaucluse), le 5 décembre 1883



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

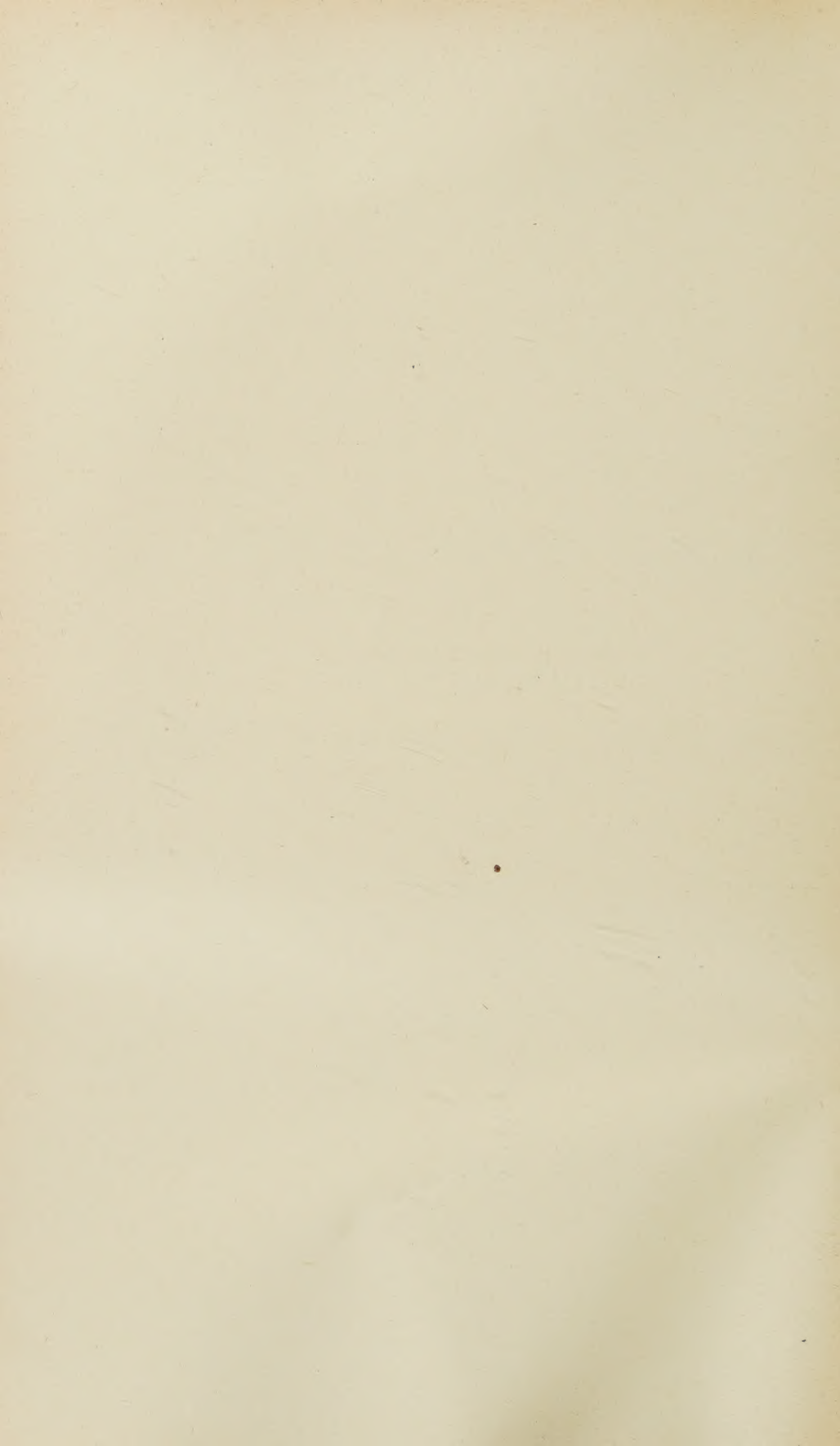
8, RUE RACHAIS, 8

1910

LES HERNIES

DE LA

TROMPE UTÉRINE



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 60.

LES
HERNIES DE LA TROMPE UTÉRINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 mars 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marius MONTAGARD

Né à Caumont-sur-Durance (Vaucluse), le 5 décembre 1883



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, CAZENEUVE, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale	}	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	}	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	}	HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie	}	BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne	}	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique	}	MORAT.
Médecine opératoire		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée	}	COLLET.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène	}	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC,	MM. COMMANDEUR.	MM. MARTIN (Et.).	MM. BRETIN, ch..
COURMONT (P.)	GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT, Ch.
CHATIN.	NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	
VILLARD.	PATEL.	NOGIER.	
TIXIER.	J. LEPINE.	LATARJET, ch.	
REGAUD.	LESIEUR.	BÉRIEL, ch..	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président ; M. VILLARD, Assesseur ;
MM. TIXIER et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

DU MÊME AUTEUR

Quatre cas d'hystérectomie. *Loire médicale*, 1908, p. 315 (en collaboration avec M. le docteur VIANNAY).

Plaie du rein et du côlon par coup de feu. *Loire médicale*, 1908, p. 641 (en collaboration avec M. le docteur VIANNAY).

Amputation de la langue pour épithélioma. *Loire médicale*, 1909, p. 85 (en collaboration avec M. le docteur VIANNAY).

Calcul salivaire du canal de Warthon datant vraisemblablement de vingt-sept ans. *Loire médicale*, 1909, p. 125 (en collaboration avec M. le docteur MARTEL).

Infantilisme par hypothyroïdie. Traitement par l'extrait thyroïdien. *Loire médicale*, 1909, p. 130 (en collaboration avec M. le docteur MARTEL).

Phlébite double après hébotomie traitée par l'enveloppement ouaté ou botte lyonnaise. *Loire médicale*, 1909, p. 195 (en collaboration avec M. le docteur MARTEL).

Luxation sous-astragaliennne ouverte du pied en dedans. Atragalectomie. *Loire médicale*, 1909, p. 211 (en collaboration avec M. le docteur MARTEL).

Deux cas de cancer traités par la fulguration. *Loire médicale*, 1909, p. 272 (en collaboration avec avec MM. les docteurs MARTEL, VIANNAY, FAYARD).

Présentation de pièces de résection du genou : séquestre en grelot. *Loire médicale*, 1909, p. 349 (en collaboration avec M. le docteur MARTEL).

Exostoses ostéogéniques multiples. *Loire médicale*, 1909, p. 490 (en collaboration avec M. le docteur DESCOS).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

« Témoignage d'affection et de
reconnaissance infinie pour tout
leur dévouement. »

A MES AMIS

A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE DOCTEUR M. JABOULAY

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. PATEL

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

« A qui revient l'idée première de
ce travail. Nous sommes heureux
de lui adresser ici tous nos remer-
ciements et de l'assurer de notre
sincère reconnaissance. »

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage.

- M. le Docteur LECLERC, médecin des hôpitaux, 1902-1903.
- M. le Professeur JABOULAY, 1903.

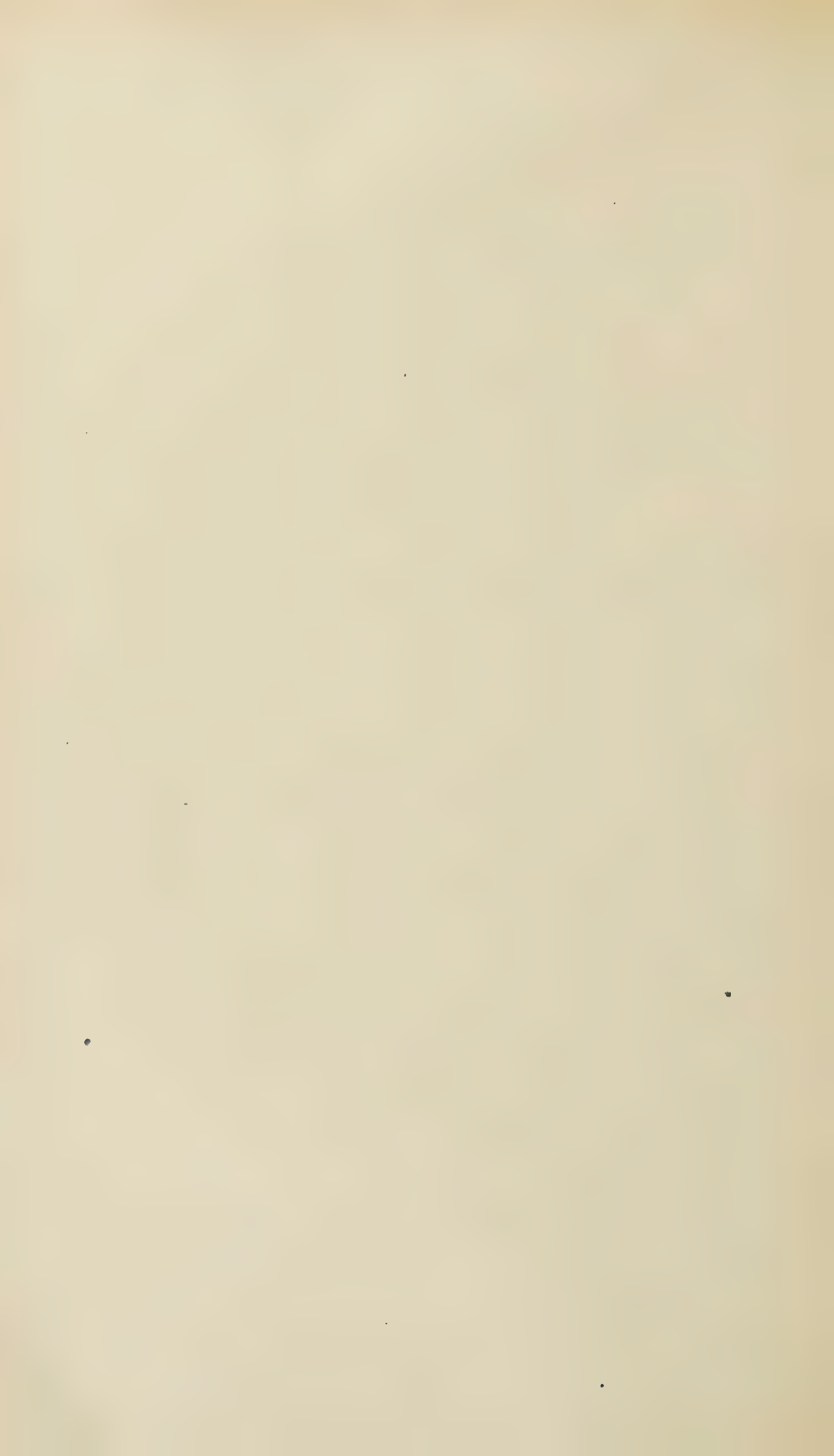
Externat.

- M. le professeur agrégé L. BÉRARD, 1903-1904.
- M. le professeur agrégé M. DURAND, 1904, suppléant M. le professeur POLLOSSON.
- M. le professeur V. ROCHET, 1904-1905.
- M. le professeur agrégé P. CHATIN, 1905, suppléant M. le professeur BONDET.
- M. le professeur A. PIC, 1905-1906.
- M. le professeur A. FABRE, 1906.

Internat de Saint-Etienne.

- M. le Docteur A. DESCOS, médecin des hôpitaux.
- M. le Docteur L. MARTEL, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Docteur C. VIANNAY, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Docteur E. BLANC, chirurgien des hôpitaux.

Nous remercions notre ami Jean COLOMBET qui nous a aidé dans notre travail.



INTRODUCTION

Au cours de ces deux dernières années, M. le professeur agrégé Patel a eu l'occasion d'opérer deux cas de hernie dont le sac était occupé uniquement par la trompe. Cette affection est excessivement rare et cette variété de hernies est très intéressante par sa rareté même. Aussi avons-nous été conduit, sur les conseils et avec l'aide de notre maître à en faire le sujet de notre thèse.

Dans notre étude, nous éliminons tous les cas où la trompe s'engage dans un trajet herniaire en compagnie des organes pelviens en rapport direct avec elle. Autant en effet la hernie de la trompe seule est une exception, autant la hernie dont le sac contient en même temps que la trompe l'ovaire ou des franges épiploïques ou des anses intestinales, est un phénomène assez courant. D'ailleurs, la présence de plusieurs de ces organes dans une hernie s'explique aisément par les relations intimes qu'ils présentent entre eux et les déplacements pathologiques ou physiologiques auxquels ils sont fréquemment soumis.

Aussi limitant nettement notre étude à la hernie de la

trompe seule, nous n'avons recueilli, dans toute la littérature médicale, que 32 cas de hernies tubaires pures, auxquels viennent s'ajouter les deux observations inédites qui sont le point de départ de notre travail.

Dans la thèse de Garrigues, sur les hernies de la trompe, ce chiffre est sensiblement plus élevé. D'après cet auteur le nombre des hernies de la trompe atteindrait 43. Nous ferons immédiatement remarquer que dans cette statistique sont admises comme faisant partie des hernies de la trompe toutes celles dont le sac contient la trompe accompagnée ou non d'une anse intestinale ou d'un paquet épiploïque, voire même de la vessie, comme dans un cas de Lejars. Seuls les cas de hernies de la trompe suivie de l'ovaire sont éliminés. En ce qui nous concerne nous avons éliminé d'emblée tous les cas où le sac n'était pas habité par la trompe seule et uniquement par elle.

En effet, il est aisé de se rendre compte que des organes aussi disparates que la trompe ou l'intestin ne peuvent se trouver impunément dans un même sac herniaire qui les force à un voisinage immédiat. Une trompe infectée pourra occasionner une salpingite herniaire, un intestin dilaté pourra donner lieu à des phénomènes d'étranglement. Donc, notre élimination devient très logique. Elle est même nécessaire quand on veut arriver à expliquer l'étiologie et la pathogénie, en même temps que la principale complication de cette variété de hernie, à savoir les phénomènes de pseudo-étranglement.

En somme, nous allons en nous appuyant sur des données anatomiques, étudier l'étiologie et la pathogénie de ces hernies. La symptomatologie et le traitement de

cette affection seront très rapidement traités pour nous permettre d'ouvrir une parenthèse pour la discussion de la valeur des différentes hypothèses émises au sujet des phénomènes de pseudo-étranglement, qui peuvent se produire dans quelques cas.

HISTORIQUE

C'est à Voigt que revient l'honneur d'avoir publié, en 1809, le premier cas de hernie de la trompe utérine.

En 1834, A. Bérard publie une observation très détaillée avec vérification nécropsique dans laquelle la trompe formait à elle seule le contenu du sac herniaire. Puis plusieurs auteurs, Scholler, Aubry, Dolbeau, un peu plus tard, Dupont, Ferre, Lentz, enfin Vogel, publièrent quelques cas isolés.

En 1889, Brünner, qui eut l'occasion d'observer 2 cas de hernie tubaire, entreprit pour la première fois une étude d'ensemble sur cette affection chirurgicale.

Lejars, dans un article de la *Revue de Chirurgie*, en 1893, revient sur cette question.

En 1895, Kousmine publie un cas de hernie crurale de la trompe, qu'il fait suivre de considérations anatomiques.

A l'étranger, Henggeler, Göpel, Renudi, Morf, font paraître plusieurs mémoires sur l'affection qui nous intéresse.

En France, Schultz, Ivanoff, et surtout Garrigues, en 1904, étudient la hernie tubaire dans ses moindres détails.

En 1909, Furster, dans la *Province Médicale*, publie un cas de hernie inguinale gauche congénitale:

Actuellement, cette affection est entrée dans le domaine classique. Berger, dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus. Plus récemment, Jaboulay et Patel, dans le *Traité* de Delbet et Le Dentu, consacrent un article aux hernies de la trompe. Aussi, nous le répétons, notre travail n'a la prétention que de développer quelques idées venant à l'appui d'hypothèses admises par certains auteurs et rejetées par d'autres.

DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR LA TROMPE

Pour la clarté du sujet il convient tout d'abord d'exposer la situation anatomique de la trompe par rapport aux autres organes du bassin, sa direction, ses dimensions.

La trompe est un conduit musculo-membraneux qui s'étend de l'angle supéro-externe de l'utérus vers l'ovaire et la paroi pelvienne latérale. Elle est formée de trois parties. La première, qui porte le nom d'isthme tubaire ou isthme de Barkow, est un canal assez étroit et rectiligne. La deuxième, constituée par un canal plus large et contourné, s'appelle ampoule tubaire ou ampoule de Henlé. Cette dernière se termine par une extrémité évasée et irrégulièrement découpée, très mobile, qui est le pavillon ou troisième et dernière partie.

La longueur de la trompe est de 12 centimètres en moyenne. Généralement la trompe droite est un peu plus longue que la trompe gauche, d'après les statistiques de Ballantyne et de Williams. Pour Henlé, la différence ne serait pas très grande et existerait indifféremment au profit de l'une ou de l'autre.

Normalement, les trompes décrivent des flexuosités très variables d'ailleurs, appelées circonvolutions tubaires.

Considérée par rapport aux autres organes du bassin la trompe, d'après les classiques, se porte horizontalement en dehors et suit un trajet parallèle au grand axe de l'ovaire. Parvenue à la partie moyenne de la glande génitale, elle s'infléchit en bas, en arrière et en dedans, pour se rapprocher de l'extrémité interne de ce dernier organe. Mais, comme le fait remarquer Rieffel, la trompe peut avoir une direction très variable dépendant essentiellement de celle de l'utérus. Si l'isthme est relativement fixe et obéit seulement aux mouvements de l'utérus, l'ampoule et le pavillon sont au contraire solidaires et c'est surtout à eux que s'applique le mot d'Aran « la trompe partage la fortune de l'ovaire ». Mais, à l'état normal déjà, ils jouissent d'une mobilité propre, qui est très étendue, malgré la disposition du revêtement péritonéal, dont certaines portions portent le nom de ligaments.

La trompe est rattachée à la paroi latérale et au plancher du pelvis par un repli péritonéal qui n'est autre qu'un segment de l'aileron moyen du ligament large dont elle occupe le bord supérieur. Mais ce mésosalpynx, repli séreux long et mince, joue le rôle d'un véritable voile, d'une grande mobilité, si bien que la trompe flotte librement dans l'excavation pelvienne, et, ceci malgré d'autres ligaments qui ont la prétention de rattacher la partie externe de la trompe à l'ovaire.

L'orifice abdominal de la trompe est relié en effet au pôle supérieur de l'ovaire par le ligament tubo-ovarien, qui aurait pour rôle de soutenir la frange ovarique. Un autre ligament appelé suspenseur de l'ovaire, parce qu'il maintient la glande sexuelle au-dessus du plancher pelvien,

contribue aussi à immobiliser la trompe. Cette dernière se trouve encore reliée à la paroi par le ligament infundibulo-colique. Malgré les apparences, ces ligaments ne sont nullement des moyens de fixation efficace à cause de leur grande ténuité et de leur grande laxité et la trompe est mobile autour de son axe « comme un volet autour de ses gonds », suivant l'expression imagée de Vallin.

Anomalies. — Elles sont multiples et de causes diverses. Elles peuvent être dues à un développement embryologique défectueux, avec malformation de l'organe lui-même ou de l'appareil ligamentaire ou encore à un vice de migration, par persistance du canal de Nüch chez l'adulte.

L'embryologie nous apprend que l'épithélium qui recouvre le corps de Wolf présente en deux points, dès la quatrième semaine chez l'embryon humain (Wendeler), de profondes modifications qui lui ont fait donner le nom d'épithélium germinatif. Cet épithélium constitue à la surface du corps de Wolf deux larges bandes, l'une interne ou épithélium germinatif interne, l'autre externe ou épithélium germinatif externe.

Le premier repose sur le stroma mésodermique du corps de Wolf qui est constitué par des cellules embryonnaires. Par prolifération du stroma et de l'épithélium germinatif, qui donne naissance tout d'abord aux ovules primordiaux, il se produit une fusion des deux éléments et l'ovaire est constitué.

Le deuxième donnera naissance au canal de Müller, qui apparaît à l'extrémité supérieure du corps de Wolf, sous l'aspect d'un petit infundibulum. Il donnera naissance à la trompe, à l'utérus et au vagin.

Au début, ces organes sont presque verticaux, parallèles à la colonne rachidienne; ils remontent à ce moment-là très haut dans l'abdomen. Ils gardent chez certains mammifères cette position lombaire, mais chez l'homme, dès le commencement du troisième mois, ils semblent s'abaisser, tandis que leurs extrémités supérieures s'écartent de la ligne médiane. Ils paraissent exécuter un mouvement de rotation pendant que leur descente d'abord verticale devient oblique un peu en dehors. La trompe se trouve alors en dehors de l'ovaire. Finalement, ils accomplissent leur migration qui les amène dans le petit bassin. Toutefois, les ovaires n'arrivent à atteindre leur position normale que vers la deuxième ou troisième année. La trompe, en revanche, déjà à la naissance occupe sa situation définitive à l'exception cependant de son extrémité externe qui est encore dans la fosse iliaque et ne contracte que progressivement ses rapports avec la glande génitale. Donc, dans leur évolution, bien que voisins, l'ovaire et la trompe n'ont rien de commun, et leur rapprochement peut être plus ou moins parfait dans le petit bassin, au moment où le péritoine vient, en se réfléchissant sur eux, donner naissance à la formation de l'appareil ligamentaire.

Ces vagues données embryologiques suffisent pour expliquer comment les deux ligaments qui constituent les seuls moyens de fixité de la trompe peuvent être malformés congénitalement.

En effet, l'infundibulo-pelvien est un faisceau de fibres musculaires lisses recouvertes par le péritoine qui naît en haut sur le fascia sous-péritonéal de la région lombaire et qui de là se porte au bord adhérent de l'ovaire, en sui-

vant le trajet des vaisseaux ovariens. Il est pour l'ovaire et la trompe une sorte de ligament suspenseur. Aplati et étalé, il n'est qu'un faisceau moyen d'une large lame musculaire qui occupe presque toute l'étendue du ligament large, et dont les autres faisceaux se terminent sur la face postérieure de l'utérus, sur la trompe et son pavillon. Durand, auquel nous devons une bonne description du ligament iléo-ovarien le considère (*Progrès Médical*, 1895) comme représentant le méso qui accompagne les dérivés du corps de Wolf (ovaires et trompes). Donc, si dans la descente ces organes s'éloignent plus ou moins l'un de l'autre, ce méso sera représenté par une large lame très étalée, qui permettra à la trompe de se mouvoir avec une grande facilité dans le sens longitudinal.

Dans ces mêmes conditions le ligament tubo-ovarien présentera une longueur exagérée et les mouvements dans le sens latéral auront une très grande amplitude.

De plus, cette malformation congénitale, au lieu d'être localisée au niveau des ligaments tubaires ou tubo-ovariens, pourra intéresser le ligament large en totalité. La mobilité de ce dernier sera anormale. Dans ce cas, la trompe aura une longueur excessive et pourra même atteindre 20 ou 30 centimètres. De nombreux auteurs ont en effet signalé des oviductes présentant un excès de développement.

A la naissance déjà cet organe paraît très long par rapport à l'utérus et à l'ovaire. Il présente, dans quelques cas, comme Freund l'a fait remarquer, des flexuosités exagérées. Cet allongement congénital de la trompe nous explique qu'elle devienne plus mobile et qu'elle puisse se rapprocher plus facilement des orifices inguinaux ou cru-

raux. Kousmine a vu que sa partie moyenne n'était distante que de 14 millimètres de l'anneau inguinal et de 13 millimètres de l'anneau crural. Or, pour si peu que sa longueur s'accroisse, la trompe viendra se mettre en contact direct avec les orifices inguinaux.

La trompe ne sera plus l'organe que l'anatomie normale nous montre, bridée et maintenue par ses moyens de fixité dans une loge bien limitée. La migration dans ces cas-là deviendra un phénomène très facilement réalisable.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Une classification qui serait simple et qui répondrait à la généralité des autres hernies serait celle qui consisterait à diviser les hernies de la trompe en hernies congénitales et en hernies acquises.

On peut rapporter ces deux expressions à la paroi abdominale, au trajet herniaire lui-même.

Du côté de la grande paroi ventrale toute faiblesse congénitale ou acquise ne se traduit en fin de compte que par l'issue, vers les téguments, du péritoine distendu par une partie de son contenu : par la hernie.

Dans ces conditions, la hernie inguinale serait composée d'une hernie congénitale par persistance du canal de Nüch. La hernie crurale serait le plus souvent une hernie acquise par affaissement progressif de la paroi. Mais la persistance d'un canal n'explique pas pourquoi la trompe seule peut s'y engager. Il faut absolument qu'il existe, du côté de cet organe, une malformation ou un vice de formation. Ce dernier peut être congénital ou acquis. On peut ainsi distinguer les deux variétés de hernies de la trompe.

Hernies congénitales. — Dans cette variété on doit comprendre toutes les hernies tubaires pures apparues à

la naissance et celles qui, dès la naissance, existaient en puissance, par suite de l'état anatomique spécial de la trompe, sur lequel nous avons insisté dans le chapitre précédent. La trompe peut être malformée. L'étude de son développement en témoigne. Par sa longueur exagérée, sa gracilité extrême, la trompe peut être infantile, capable d'affleurer l'orifice inguinal ou crural dans lequel elle s'engagera. Des ligaments tenus et lâches permettront la réalisation du même phénomène. Et si la hernie a pour point de départ la déformation congénitale de la trompe ou de ses ligaments, elle méritera d'être classée dans la variété des *hernies congénitales*, même si le sac vient se loger dans un orifice crural considéré comme presque toujours acquis dans le cas de hernie crurale.

Hernies acquises. — La trompe normale peut subir des modifications importantes à la suite de phénomènes physiologiques. Ces déformations plus ou moins acquises seront tout à fait superposables aux déformations congénitales pour expliquer l'apparition de la hernie.

Pendant la grossesse, les trompes s'hypertrophient d'une manière assez notable. Elles paraissent s'allonger et suivre la matrice dans ses changements topographiques. Elles s'élèvent dans l'hypogastre, vers la fosse iliaque, puis dans la région lombaire. Après l'accouchement elles doivent réintégrer graduellement la loge qu'elles occupent normalement.

Mais parfois la distension mécanique a été telle que leur involution normale n'a été qu'ébauchée. Elles restent plus longues qu'auparavant et flottent librement dans le petit bassin.

Ce même phénomène, qui dans ces cas n'intéresse que

la trompe, peut se produire vis-à-vis de l'appareil ligamentaire. Tout le monde sait que la multiparité n'est rien autre chose en pathologie générale qu'une série d'épreuves où la congestion et le ramollissement se combinent pour anéantir la résistance des muscles et, à plus forte raison, celle des ligaments. Ces derniers, à la suite d'une ampliation exagérée de l'utérus, sont distendus, et leur retour à l'état normal devient impossible. Consécutivement, la trompe est susceptible d'une grande mobilité.

En dehors de la grossesse, l'allongement de la trompe et des ligaments peuvent être consécutifs à des phénomènes d'inflammation.

Nous éliminerons immédiatement les affections pelviennes, telles que salpingites, salpingoovarites, pelvipéritonites, qui entraînent fatalement la formation d'adhérences. Le péritoine pelvien se cloisonne et il en résulte une immobilisation totale, dans la majorité des cas, des organes voisins. La trompe, l'ovaire, l'utérus, très adhérents, ne forment plus qu'une masse très compacte. Ces affections sont donc loin de favoriser la formation d'une hernie des annexes. On peut même affirmer que toute femme ayant présenté des phénomènes de pelvipéritonite ne sera jamais atteinte de hernie des annexes.

Une infection légère, celluleuse, agit d'une façon tout à fait opposée. L'action néfaste qu'exerce sur tout organe, muscles, ligaments, trompe, l'inflammation légère ou la congestion prolongée, est connue de tous. Les congestions pelviennes, qui se retrouvent à l'origine du prolapsus (Aran), peuvent retentir du côté des annexes. La trompe et les ligaments acquerront parfois des dimensions anormales.

Rapport de fréquence. — Sur les 34 hernies tubaires connues, la hernie est apparue : dans 9 cas au-dessous de l'âge de 2 ans : dans 2 cas, de 5 à 10 ans, et dans tous les autres cas, la hernie est survenue au-dessus de 20 ans.

De cette statistique il paraît ressortir que les 11 premiers cas sont des hernies congénitales, tandis que les 23 autres cas sont des hernies acquises.

Cette division est fausse, si on admet, en se basant sur les anomalies de développement embryologique de la trompe, que toute hernie en puissance doit être considérée comme congénitale et non acquise, même si elle ne fait son apparition qu'à l'âge adulte.

L'anatomie normale intervient en faveur de la théorie congénitale en nous apprenant que la trompe droite est plus longue que la trompe gauche, car sur 29 cas de hernie, dont le siège a été noté dans les observations, 20 fois la lésion occupait le côté droit, et 9 fois le côté gauche. De plus, lorsque l'utérus est en position normale, lorsque l'ovaire est situé dans le petit bassin, lorsque aucun phénomène physiologique et pathologique ne sont venus modifier la position réciproque des organes pelviens et que d'autre part on trouve dans un sac herniaire une trompe isolée, il est difficile de faire appel à des causes purement pathologiques et récentes, pour expliquer cette affection.

Malgré son influence incontestable, la multiparité elle-même invoquée par tous les auteurs comme principale cause des hernies tubaires acquises ne mérite pas, à notre avis, qu'on lui accorde une aussi grande valeur. Malgré les déplacements mécaniques de la trompe (Lejars), à la suite de l'utérus, il est difficile d'associer dans une

seule et même pensée le grand nombre de femmes qui accouchent et la rareté des hernies de la trompe seule. Car, pourquoi la trompe n'est-elle pas suivie de l'ovaire ? C'est plutôt pour expliquer la pathogénie des hernies des annexes (ovaire et trompe), que l'on doit invoquer la multiparité.

La hernie de la trompe seule paraît avant tout être le fait d'une malformation congénitale, les malformations acquises ne pouvant intéresser spécialement la trompe, à l'exclusion de l'ovaire, que dans l'infime majorité des cas.

MODE D'ENGAGEMENT DE LA TROMPE DANS LE SAC

Que la trompe, pour une raison quelconque, soit plus mobile que normalement et indépendante des organes du voisinage, elle s'engagera dans l'orifice herniaire par son pavillon, c'est-à-dire par sa portion la plus mobile. Le pavillon, une fois entré, s'abaisse dans le sac et l'engagement de la trompe s'accentue. La hernie tubaire est alors constituée et persistera dans cet état tant qu'une cure radicale ne l'aura pas modifiée. Dans ces cas, en effet, jamais l'ovaire ne doit s'engager dans le sac attiré par la trompe, qui paraît lui tracer le chemin, et nous prétendons, en nous appuyant sur la théorie congénitale, que la hernie de la trompe seule n'est pas le premier degré d'une hernie tubo-ovarienne.

Dans quelques cas très rares, ce n'est pas le pavillon qui s'engage dans le sac herniaire, mais la partie moyenne de la trompe. Alors le pavillon ne tarde pas à s'engager à la suite, et, rares sont les observations où cette partie de l'oviducte était restée dans l'abdomen, alors que la partie moyenne était repliée en anse dans le sac herniaire.

Enfin, dans certains cas, la trompe est entraînée dans un orifice inguinal ou crural par le péritoine qui la recouvre. Ce dernier s'engage petit à petit dans le trajet par un mécanisme analogue aux hernies du cæcum ou de l'S iliaque. C'est la hernie par glissement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Situation de la trompe dans le sac. — La trompe s'engage dans le sac à des degrés divers, depuis celui où le pavillon seul pénètre dans le trajet, jusqu'à celui où l'oviducte tout entier ectopié hors de l'abdomen est contenu dans le diverticule péritonéal. La corne utérine vient s'appliquer immédiatement vers la face profonde de la paroi abdominale.

La forme qu'affecte la trompe dans le sac est également très variable. Le plus souvent elle se recourbe sur elle-même, formant alors un oméga Ω , d'autres fois elle a une direction générale rectiligne ou encore légèrement flexueuse.

Le plus souvent elle chemine sur la paroi postérieure du sac se dirigeant en bas et en dedans comme le fait le trajet inguinal lui-même. Le pavillon occupe alors le point le plus déclive. Le bord supérieur de la trompe a la position la plus antérieure, comme le montre un schéma du mémoire de Lejars.

Le ligament tubo-ovarien s'allonge généralement, modification qui permet à l'ovaire de rester en position normale. C'est dans les cas où ce ligament oppose une résistance à la distension, que, la trompe s'engageant dans le

sac herniaire, s'enroule sur elle-même et décrit alors un O presque complet. L'enroulement de l'oviducte, d'ailleurs, se fait indifféremment, soit en dehors, soit en dedans. Nous signalerons pour mémoire les cas où pavillon et ostium uterinum sont contenus dans la cavité abdominale, alors que la partie moyenne seule fait partie de la hernie.

Etat de la trompe. — Dans la plupart des cas la trompe est contenue dans un sac complet et est libre à l'intérieur de ce sac. Exceptionnellement, elle peut y adhérer non seulement par des brides inflammatoires mais encore par de véritables mésos, qui, généralement, prennent leur insertion sur la paroi postérieure du sac.

Le plus souvent la trompe herniée est une trompe malade. Certains auteurs ont trouvé une augmentation de volume due à une dilatation de l'organe par la présence de petites cavités kystiques à contenu séreux ou purulent. Presque toujours on a noté une coloration foncée des tissus, une oblitération du canal et un épaissement des parois de la trompe; le tout aboutissant à l'augmentation de volume qui était constante. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une salpingite parenchymateuse. Il a été possible, dans d'autres cas, de faire sourdre du pus par le pavillon. C'était une salpingite purulente.

Certains auteurs et, à leur suite, Garrigues, dans sa thèse, ont décrit des lésions de la trompe reconnaissant pour cause l'étranglement de la hernie, lésions absolument superposables, disent-ils, à celles qu'on trouve sur une anse intestinale étranglée. Le début serait marqué par des phénomènes de congestion suivie de sphacèle abou-

tissant à la gangrène de la trompe avec réactions péritonéales. Mais nous faisons des réserves sur la valeur de ces cas signalés, parce que nous considérons ces accidents comme la conséquence, non pas d'un étranglement vrai, mais d'un pseudo-étranglement dû à des phénomènes inflammatoires.

Retentissement sur les organes voisins. — La hernie constituée, la trompe a toujours une certaine tendance à progresser dans l'orifice hernié. Assez souvent elle attire et entraîne l'utérus, si bien que les organes du petit bassin présentent une inclinaison latérale plus ou moins prononcée. L'axe de l'utérus n'est plus médian, mais penché vers le côté hernié.

L'ovaire n'est pas fatalement entraîné vers l'anneau de la hernie. La grande laxité des ligaments permet en effet à l'ovaire de garder une position presque normale, et c'est à tort que des auteurs prétendent que l'ovaire amené par la trompe est prêt à pénétrer dans le sac. D'après eux la hernie de la trompe serait le premier degré de la hernie des annexes.

SYMPTOMATOLOGIE

Les hernies de la trompe sont presque toujours méconnues. La symptomatologie de cette affection se confond totalement avec celle des hernies. Aussi, le médecin porte-t-il invariablement le diagnostic de hernie banale ou épiplocèle.

Cependant, il peut exister de vagues indices pouvant faire penser à la présence de l'oviducte dans le sac.

Les douleurs ressenties par les malades sont assez analogues aux douleurs qui accompagnent toutes les hernies. Elles ont un caractère qui doit éveiller notre attention. C'est la concordance des phénomènes douloureux avec l'époque des règles. Ces douleurs apparaissent au moment des menstrues, ou, si elles sont constantes, elles prennent à leur occasion une plus grande intensité.

L'examen révèle une hernie inguinale ou crurale, rappelant en tous points la hernie banale. Elle peut être réductible ou irréductible et parfois, à travers la paroi, on peut sentir un cordon dur qui roule sous le doigt. Mais ce signe est excessivement rare, il peut en outre donner lieu à de nombreuses interprétations que nous signalerons dans le chapitre du diagnostic.

Le toucher vaginal peut donner un renseignement pré-

cieux. En effet, la trompe logée dans un sac herniaire, soit inguinal, soit crural, est capable d'attirer ou de faire basculer l'utérus du côté hernié. Ce phénomène est loin de se retrouver dans tous les cas, mais, s'il existe, il est d'une grande valeur. C'est grâce à lui que Villard a pu diagnostiquer une salpingite herniaire. « Le toucher, dit-il, me permit de constater un utérus, basculé à gauche, venant appliquer sa corne gauche contre l'orifice interne du canal inguinal, et il était assez facile, par la palpation bimanuelle, de percevoir le pédicule tubaire s'engageant dans le canal. J'ai porté pour ces raisons le diagnostic de salpingite suppurée herniée et adhérente. » Cet exemple est assez éloquent par lui-même pour montrer l'importance du toucher dans le diagnostic de cette affection. Chaque fois qu'une hernie présentera une anomalie on devra avoir recours à ce moyen d'investigation.

Tels sont les signes, peu caractéristiques d'ailleurs, de la hernie tubaire simple. C'est à dessein que nous passons sous silence les signes des hernies compliquées. Ils seront traités plus loin dans le chapitre des complications.

COMPLICATIONS

Rares sont les complications de cette affection, presque toujours excessivement bénigne, la plupart du temps même ignorée des malades qui en sont atteintes.

Phénomènes douloureux. — Il faut cependant signaler les phénomènes douloureux qui peuvent être anormalement accentués. Que les douleurs soient paroxystiques ou constantes, elles n'en constituent pas moins, dans certains cas, une véritable complication poussant les malades à réclamer les bénéfices d'une intervention.

Le plus souvent ces phénomènes douloureux paraissent correspondre avec les époques menstruelles. Pendant la période cataméniale en effet il y aurait une véritable menstruation tubaire. On tend à croire que la muqueuse de l'oviducte est le siège de modifications analogues à celles de la muqueuse utérine (Wendeler, Bond, Janot). Il est des cas où on a pu directement surprendre l'écoulement sanguin (Hofmeier, Terrillon, Landsberg, Thomson) ou constater (Landau) l'infiltration hémorragique de la trompe. Cependant bien des gynécologistes (Langer, Wehle, Fritsch) voient là un processus non physiologique, mais d'hémorragies morbides. Mais les deux

phénomènes, congestion simple ou salpingorragie peuvent arriver à expliquer l'apparition soudaine de véritables crises douloureuses auxquelles des malades sont sujettes.

Infection et étranglement. — Outre ces douleurs il est une autre complication qui présente une certaine gravité due à des phénomènes d'infection de la trompe.

La plupart des auteurs rapportent à deux causes bien différentes les accidents que nous envisageons comme dus à un seul et même phénomène : l'infection. Lejars, Schultz, Garrigues, etc., dans leurs mémoires, admettent comme deux accidents absolument distincts : a) les phénomènes d'étranglement de la trompe ; b) et les complications inflammatoires de la trompe dans le sac. Cependant Berger, après avoir douté de la possibilité de l'étranglement, est loin de pencher vers l'affirmative comme les auteurs précédents, il reste hésitant.

Dans les observations citées comme venant à l'appui de la thèse qui soutient l'étranglement, souvent l'intestin a été étranglé en même temps que la trompe. Et alors pourquoi ne pas imputer à la lésion de l'intestin la plus grande part des phénomènes ? Broca, dans une observation de hernie crurale gauche étranglée contenant la trompe (*Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1893), dit : « Après incision du sac j'arrivai sur une anse étranglée d'intestin grêle flanquée à son côté interne de la trompe, reconnaissable à son pavillon dirigée en bas. » Buttler (*Lancet*, London, 1894) rapporte l'observation d'une hernie crurale droite étranglée contenant la trompe de Fallope. Il a constaté qu'il avait affaire à une trompe accolée à une

masse formée par un paquet d'épiploon gangrené et une anse intestinale rompue à 18 pouces de la valvule iléo-cæcale. Les exemples sont multiples. Nous citerons encore pour mémoire le cas que Walther publie dans la thèse de Vassal (Paris, 1895). Il s'agit d'une fillette de 24 mois, atteinte d'une hernie inguinale étranglée depuis vingt-quatre heures. Dans le sac on a trouvé un étranglement d'une anse de l'intestin grêle avec, contenue dans le sac, la trompe de Fallope. Dans tous ces cas, la preuve de l'étranglement de la trompe ne peut être faite. L'organe, qui joue le rôle important ici, c'est évidemment l'intestin. La trompe s'est trouvée accessoirement contenue dans le sac, entraînée peut-être par des adhérences, peut-être herniée du fait de malformations congénitales. Il est fort probable que ces phénomènes d'étranglement n'auraient pas existé si la trompe avait été seule dans le sac.

Cependant, quelquefois, la trompe n'est pas seule dans le sac et c'est elle qui est la cause des phénomènes.

C'est à dessein que nous avons choisi ces exemples de hernie, que nous avons éliminés d'emblée dans notre statistique. Car, considérés par les auteurs comme des cas de hernies tubaires pures, ils donnaient lieu à une fausse interprétation des phénomènes.

Mais, pourquoi la trompe seule ne peut-elle pas présenter des phénomènes d'étranglement ? La preuve est difficile à faire. Cependant, en craignant sans doute d'être un peu trop catégorique, nous croyons pouvoir affirmer que l'étranglement de la trompe n'existe pas.

D'abord la trompe herniée est en général un organe atrophié long et mince du fait même de sa malformation

congénitale. L'observation de Jordan, relatant le fait d'une grossesse dans une trompe herniée, ne doit avoir que l'importance d'un fait isolé. L'anneau du sac, même très étroit, supportera toujours bien la présence d'un corps arrondi et lisse tel que la trompe. En effet, les changements de volume de cet organe sont nuls. Tandis qu'une anse intestinale est alternativement dilatée ou affaissée, suivant la plus ou moins grande quantité de gaz ou de matières qu'elle contient, la trompe garde uniformément le même volume. Et même dans les cas de torsion de la trompe, accident toujours accompagné d'une symptomatologie identique à celle de l'étranglement herniaire, le collet du sac reste toujours perméable. L'hypothèse de l'étranglement aigu doit donc être rejetée.

Si, au contraire, on a une trompe malade, par suite de complications infectieuses du côté du petit bassin (métrite, abcès, inflammations pelviennes), les éléments infectieux plus bas situés pourront remonter par le canal tubaire. A mesure qu'ils chemineront vers l'ostium abdominale, la muqueuse tubaire réagira et sous l'influence des poussées congestives et inflammatoires, la lumière du canal pourra être oblitérée. Dans la suite, la trompe comme tous les canaux sous l'influence de l'inflammation se laissera dilater et des néoformations kystiques ou purulentes pourront se constituer dans les parois mêmes de l'organe.

La trompe réalisera alors le type d'un conduit fermé contenant des éléments capables de provoquer, par leur voisinage, des phénomènes de réaction péritonéale. Elle sera très comparable à un appendice contenu dans un sac herniaire. Au niveau du collet du sac, sous l'influence

de l'inflammation, la présence d'un sillon très net sur la trompe herniée ne devra pas faire admettre que le point de départ des accidents a été l'étranglement. Et ici comme dans les cas de hernie de l'appendice, l'hypothèse de salpingite herniaire doit être admise au même titre que l'hypothèse d'appendicite herniaire.

Mais, si la lumière du canal tubaire n'est pas complètement oblitérée, les éléments infectieux arrivés dans le sac donneront lieu à des complications qui pourront revêtir un caractère plus ou moins aigu, et on aura alors ou une péritonite généralisée par propagation de l'infection à la grande séreuse péritonéale, ou des phénomènes localisés qui mériteront plutôt le nom de *salpingite herniaire*.

Symptômes. — Les symptômes seront très variables suivant les cas.

Dans certaines salpingites herniaires les accidents seront peu aigus, sans douleur ni réaction péritonéale. Seul l'examen révélera, dans la région inguinale, la présence d'une tumeur rénitente, irréductible, de volume très variable.

A un degré plus avancé, par oblitération du sac, à la suite d'adhérences, les réactions inflammatoires peuvent rester localisées dans le sac. Une tumeur rouge, tardivement fluctuante, apparaît. On est en présence d'un véritable abcès chaud du canal inguinal.

Mais, malheureusement, telle n'est pas toujours l'évolution des complications infectieuses; et parfois elles donnent naissance à des accidents d'une grande intensité, comparables à ceux qu'on observe dans l'étranglement

herniaire vrai. La peau est chaude, la température monte à 39°, la langue est rôtie. Des nausées continuelles fatiguent la malade et même sont suivies de quelques vomissements, d'ailleurs sans caractère. L'état général est grave et même se complique de phénomènes nerveux. Localement, on note le ballonnement du ventre, qui est sensible à la pression. Dans l'aîne on découvre une tumeur ovalaire grosse, tendue, plus ou moins fluctuante, mate, complètement irréductible et très douloureuse.

Cependant, malgré tout ce cortège de symptômes, capables de faire porter le diagnostic de hernie étranglée, il existe des signes donnant la certitude que l'intestin n'est pas en cause. Jamais, en effet, les vomissements ne sont fécaloïdes. L'intestin peut être toujours évacué, soit naturellement, soit grâce aux lavements, car, dans ces cas, il existe très souvent une constipation opiniâtre.

L'évolution de ces complications découle de l'intensité des phénomènes. Tandis que le repos avec application de mélanges réfrigérants peut tout ramener dans l'ordre, parfois le traitement chirurgical seul sera capable de donner aux malades une chance de guérison.

DIAGNOSTIC

Quelles sont les affections qui peuvent être confondues avec les hernies tubaires. Elles sont nombreuses et leur élimination est très difficile si l'on songe que le diagnostic positif repose sur des bases aussi fragiles.

Hernie simple. — La dysménorrhée habituelle dont souffrent beaucoup de femmes peut faire penser à une hernie simple de la trompe. L'absence de tumeur fera éliminer le diagnostic de hernie.

S'il existe une hernie et si la palpation donne la sensation d'un cordon contenu dans le sac on pensera ou à une hernie épiploïque, ou à l'existence d'un fibrome du ligament large, ou à un appendice hernié. Toutes ces hypothèses seront soutenables et bien malin sera celui qui aura la prétention de trancher le différend.

Mais si la position utérine, qui est le seul signe ayant une réelle valeur est défectueuse en latéro-version, on devra penser à une hernie des annexes. Et même dans ce cas, le diagnostic de hernie de la trompe seule ne pourra être fait.

Hernie compliquée. — Si la hernie est compliquée de phénomènes inflammatoires sans suppuration on tâchera

d'éliminer l'hypothèse d'un ganglion et celle d'une hernie étranglée.

Si les éléments infectieux ont donné naissance à de la suppuration, c'est à l'appendicite herniaire que l'on devra penser. Mais tous ces cas ne pourront être éliminés qu'en se basant sur les signes très vagues pouvant à la rigueur permettre de diagnostiquer la hernie tubaire simple.

PRONOSTIC

Le pronostic des hernies de la trompe seule sans complications est essentiellement bénin.

La guérison, à la suite d'une intervention chirurgicale, doit être la terminaison des hernies de la trompe utérine.

Quand elles se compliquent de phénomènes infectieux, le pronostic est plus sombre. L'inflammation peut se propager à la cavité péritonéale et une péritonite généralisée se déclarer avant toute intervention. Néanmoins, si la malade est examinée à temps, on doit pouvoir parer à tous ces accidents, et un traitement judicieux médical ou chirurgical sera suivi presque sûrement d'une amélioration et d'une guérison immédiate.

En somme, la hernie tubaire est une affection encore plus bénigne que la hernie de l'intestin. L'infection du sac par la trompe étant plus rare que l'étranglement herniaire dans les cas de hernie intestinale.

TRAITEMENT

Si toutefois on suppose le diagnostic de hernie de la trompe fait cliniquement, on devra avoir recours au traitement chirurgical.

Le plus souvent le diagnostic ne sera pas fait et on interviendra pour faire la cure d'une hernie banale.

III. — Hernie

1° *Reconnaissance de la trompe.* Dans les cas simples, une fois la kélotomie faite, au lieu de rencontrer l'intestin ou l'épiploon, facilement reconnaissable, on est en présence d'une trompe. Quelquefois cet organe flotte librement tout entier dans le sac, la présence des trompes ovariques ne permet pas l'hésitation, et la reconnaissance est des plus aisées. Mais souvent l'ovulaire est seulement en partie engagé, et a quelque ressemblance avec une anse intestinale très grêle. Rarement la conclusion est de longue durée, car au toucher l'intestin et la trompe ne donnent pas la même sensation. Cette dernière a, en général, un calibre plus gros que normalement, ressemblant à un porte-plume ordinaire et donne la sensation

à la fois d'un corps résistant et élastique. Une légère traction de l'organe permet de se rendre compte qu'il est fixé à un organe volumineux qui est l'utérus et le plus souvent l'extrémité libre ou ostium abdominale est amenée au dehors, ce qui lève tous les doutes.

2° *Conduite à tenir vis-à-vis de la trompe.* — Elle est subordonnée à l'état de l'organe. Si la trompe est saine, non adhérente, le mieux est de la réintégrer à l'intérieur de l'abdomen. Si de rares adhérences la maintiennent dans le sac, elles pourront être libérées et l'abandon de la trompe dans ce cas-là sera encore possible.

Il sera préférable de l'enlever, si les adhérences sont nombreuses et si elles doivent rendre par trop laborieuse la libération de l'organe. Ce dernier procédé est souvent le plus simple, on aura recours à lui chaque fois que les malades auront dépassé l'âge où les grossesses deviennent une rareté.

3° *Conduite à tenir vis-à-vis de la paroi.* — La trompe réséquée ou abandonnée après sa libération dans l'intérieur du ventre, on peut, pour éviter à l'utérus la possibilité de prendre une position anormale, raccourcir le ligament rond en l'attirant à l'extérieur et en le suturant à la paroi. Cette opération d'Alexander, atypique, puisqu'elle ne portera que du côté hernié, a sa raison d'être, puisque l'appareil ligamentaire présente congénitalement, ou par malformation acquise, une laxité anormale. La paroi elle-même sera traitée comme dans toutes les hernies, l'influence du contenu étant nulle au sujet de la conduite à tenir vis-à-vis du contenant.

HERNIES COMPLIQUÉES

L'ablation discutable dans les cas précédents devient une nécessité dans les cas de hernie compliquée.

Une trompe atteinte de salpingite interstitielle ou présentant des phénomènes de torsion doit être enlevée. Réintégrée dans l'abdomen, les phénomènes inflammatoires ne tarderaient pas à devenir plus graves par participation de la totalité de la séreuse péritonéale et les phénomènes de torsion pourraient avoir libre cours.

Donc l'ablation seule est raisonnable. Si les lésions de la trompe ont occasionné un abcès herniaire, le chirurgien devra avoir une conduite plus prudente. La trompe sera réséquée ou laissée en place suivant qu'elle sera facilement ou difficilement attingible. Si elle n'est pas en évidence il faudra se contenter de drainer l'abcès, car la recherche de la trompe peut entraîner à de dangereuses manipulations, capables de mettre en communication la grande cavité péritonéale avec l'abcès formé dans le sac herniaire. Ici le drainage sera seul indiqué.

La paroi, suivant les cas, sera fermée si l'infection est très légère, ou restera béante si le drainage est nécessaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur M. PATEL).

Hernie crurale droite de la trompe de Fallope.

V..., 36 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse le 27 avril 1907, salle Sainte-Catherine, dans le service du D^r Bérard, supplée à ce moment-là par le D^r Patel.

La malade était atteinte de hernie crurale droite. L'affection était typique et la symptomatologie banale. La malade souffrait cependant davantage au moment de ses règles.

Intervention le 29 avril 1907.

Incision classique pour la cure radicale. On tombe sur un sac facilement isolable des tissus voisins. On sent à l'intérieur un cordon dur fixé à la paroi postérieure. On ouvre le sac. Il n'y avait pas de liquide. Sur la paroi postérieure faisant saillie à son intérieur un cordon du volume d'un porteplume recourbé en U. Ce cordon se laisse attirer facilement, et à son extrémité on trouve des franges, qui ne permettent pas de douter que l'on est en présence d'une trompe. On libère le côté externe. On sectionne les artères qui se rendent à la partie concave. L'attache interne est attirée et on amène la corne utérine. Section de la trompe à ce niveau. Ligature. Fermeture du sac. Résection de ce der-

nier. Fermeture de l'arcade crurale, que l'on suture à l'aponévrose du pectiné, suivant le procédé classique.

OBSERVATION II

(Observation due à l'obligeance de M. le Prof. agrégé M. PATEL. —
Publiée par M. BOSRUETTE, dans le *Lyon Médical*).

Hernie crurale droite de la trompe présentant des phénomènes d'étranglement.

Femme de 51 ans. Mariée à 26 ans, a eu 9 enfants, dont 5 vivants et bien portants et une fausse couche.

Elle n'avait pas remarqué de hernie, mais au moment de chaque accouchement elle ressentait de très vives douleurs dans la fosse iliaque droite.

Aucune maladie.

Elle fut réglée à partir de 16 ans, irrégulièrement d'abord, puis très régulièrement à partir de 18 ans.

A 48 ans, elle se mit à perdre très irrégulièrement en rouge. Les règles duraient quinze jours, parfois trois semaines, s'arrêtaient huit jours, pour reprendre de nouveau pendant une période plus longue que la normale.

La malade fut très fatiguée et anémiée par cette déperdition sanguine et dû rester couchée presque continuellement à cette époque.

Depuis deux ans, la malade a vu ses règles s'espacer et devenir moins abondantes. Elle reste quatre à cinq mois sans perdre.

Elle fut réglée pour la dernière fois en mars 1908. Elle n'avait rien remarqué jusqu'alors au niveau de sa région crurale. Le 9 mai, brusquement, elle sentit, dans l'après-midi, de violentes coliques dans le bas-ventre, et en portant la main au pli de l'aîne droite elle sentit une grosseur du volume d'une petite mandarine. Du 9 au 14 mai, elle

conserva cette tumeur irréductible non douloureuse, n'occasionnant pas de vomissements ni d'arrêt des matières.

Les règles étaient survenues le lendemain de l'apparition de la tumeur.

Le 14 mai, elle voit un médecin, qui lui propose l'opération. Elle la refuse et vient à l'Hôtel-Dieu.

A l'entrée, on constate une hernie crurale droite dure, irréductible, et on songe à une épiplocèle étranglée.

A l'intervention, on trouve tout d'abord une masse graisseuse, non enfermée dans un sac, ce qui ressemble à du tissu adipeux sous-péritoneal. Au milieu de cette graisse, et entourée d'un peu de liquide sanguinolent, on trouve une trompe se présentant par son pavillon, dont les franges ont un aspect cruenta, indiquant un fort degré de congestion. On put réséquer la partie étranglée de la trompe.

Le toucher ne montra rien d'anormal.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les hernies des organes génitaux de la femme, la hernie de la trompe isolée constitue une variété assez rare. Pour expliquer sa formation, il faut admettre, soit un allongement exagéré de cet organe, soit un relâchement de ses moyens de fixité. Cette malformation peut être acquise à la suite de grossesses ou d'inflammations celluluses ; elle paraît le plus souvent congénitale.

II. — La trompe herniée est en général une trompe malade. Elle peut être adhérente ou non au sac, suivant son mode d'engagement dans l'anneau herniaire.

III. — La hernie simple de la trompe ne donne lieu à aucun phénomène clinique appréciable, sauf sa sensibilité plus grande pendant la menstruation et la latéro-version concomitante. Son diagnostic est le plus souvent impossible. La hernie compliquée peut être le siège, soit d'une inflammation simple, soit au contraire d'une véritable suppuration. L'étranglement pur paraît presque irréalisable. Ces complications donnent lieu à la production

de signes qui rappellent l'étranglement intestinal au cours de l'épiplocèle enflammée.

IV. — Le traitement varie suivant l'état de la trompe. La réduction pure et simple dans l'abdomen est rarement indiquée ; le plus souvent l'ablation s'impose.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse.

Le Doyen,

JABOULAY.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 3 mars 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE et DUBOURG. — Etranglement herniaire d'une trompe de Fallope. Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, 10 juillet 1899.
- AUBRY. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1842, p. 143.
- BÉRARD A. — *L'Expérience*, 1839, p. 216.
- BERGER P. — Articles Hernies de la Trompe in *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus.
- BROCA. — *Bulletins Société d'Anatomie*, janvier 1893.
- CLOQUET J. — Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen. Th. de Paris, 1817.
- COURADI et VOIGL. — *Journal für die Gerbutselfer*, 1787.
- CRUVEILHER J. — *Traité d'Anatomie descriptive*, Paris 1852.
- DENEUX. — Mémoire sur les hernies de l'ovaire. Th. Paris, 1813.
- DOLBEAU. — *Bulletin Société d'Anatomie*, 1854.
- DUPONT (de Lausanne). — Société vaudoise de Médecine, in *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, 1878.
- ENGLISH. — *Æsterre, med. Jahrb.*, 1871, III.
- FÉRÉ Ch. — Etude sur les orifices herniaires, etc. *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, juillet 1878 et 1879.
- DE FRANCISCO. — *Beitrag zur Klinischen Chirurgie*, Bd. XXVI, 1900.
- FRANCK. — *Entzündete Tuberhernie internat. Klinische Rundschau* Wien, 1892.
- FUSTER. — Hernie congénitale de la trompe par glissement, *Province médicale*, juillet 1909.
- GOPEL. — *Enig Beitrag zur Kenntniss der Tubenhernien*, 1896.
- GUINARD et DUDEFOY. — *Bulletins Société anatomique*, janvier 1893.
- HENGGELE. — *Beitrag zur Klinischen Chirurgie erstes Heft.*, Bd. XV.
- IVANOFF. — Hernie de la trompe de Fallope. Th. de Lille, 1902.
- GARRIGUES. — Les hernies de la trompe de Fallope. Th. Paris, 1904.

- JABOULAY et PATEL. — Article Hernies, in *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet.
- JALAGUIER. — In thèse Bonnet, Paris, 1898.
- JORDAN. — *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1897.
- KOUSMINE. — Tumeur volumineuse de la région iléo-fémorale gauche constituée par une hernie de la trompe utérine. *Revue de Chirurgie*, 1895.
- LAUNAY et WIART. — *Bulletin Société d'Anatomie*, janvier 1897.
- LEFORT et DAVRUCHE. — In Ivanoff, th. de Lille, 1902.
- LEJARS. — Hernie inguinale de la trompe. *Revue de Chirurgie*, 1893. *Traité de Chirurgie d'urgence*.
- LEUTZ. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1882.
- MARIANI C. — Ernia inguinale della tromba fallopiana. *Suppl. el. Policlin.*, Roma, 1901.
- MAYDL. — *Die Lehre von den Unterleibsbrüchen* (Hernien) Wien, 1898.
- MORF. — *Annals Surgery of Philadelphia*, 1901.
- MORTON et BUTHER. — *Lancet*, London, 1894, p. 403.
- ODIGIO. — Due casi d'ernia della troba uterina. *La Clinica Chirurgica*, décembre 1899.
- POZZI. — Hernie de la trompe dans le vagin au niveau d'une cicatrice opératoire d'hystérectomie vaginale. *Semaine gynécologique*, mai 1903.
- PUECH. — Des ovaires et leurs anomalies, Paris, 1873. Les Hernies de l'Ovaire, *Annales de Gynécologie*, 1878.
- REMEDJ. — Sulle ernia della tromba uterina et delle trombe accessorie.
- REYMOND. — *Bulletin Société anatomique*, novembre 1894.
- RIEFFEL. — In *Traité d'Anatomie humaine*, de Poirier et Charpy.
- SCHOLLER. — Hernie inguinale congénitale renfermant la trompe de Fallope. Obs. rapportée dans *Gazette médicale*, Paris, 1840.
- SCHULTZ. — Contribution à l'étude des hernies de la trompe sans hernie de l'ovaire. Th. de Paris, 1898-1899.
- DE VAUCHER. — Contribution à l'étude de la hernie de la trompe et de l'ovaire. Th. de Lyon, 1895.
- VILLARD. — Salpingite suppurée. *Bulletin Société Chirurgie de Lyon*, 1900.
- WALTHER. — Obs. in th. Vassal, Paris, 1895.
- WIART. — Double hernie congénitale de la trompe sans hernie de l'ovaire. *Bulletin Société anatomique*, juillet 1890.

